

SAB

Anorexia nervosa: querem que eu viva?

OLGA GARCIA FALCETO¹, JOSÉ CÂNDIDO SILVEIRA DA ROSA², MIRIAM TETELBOM³,
EVERTON SUKSTER⁴, SILVIA PEREIRA DA CRUZ BENETTI⁵,
SIMONE DO CANTO PEREIRA COHEN⁶ E MAGALY WAINSTEIN⁷

A anorexia nervosa pode ser entendida como um comportamento suicida que a família se mostra incapaz de conter. Apresenta-se uma breve revisão da literatura e o relato comentado de quatro casos atendidos no Serviço de Internação de Adolescentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por uma equipe multidisciplinar, utilizando a abordagem de terapia familiar.

Anorexia nervosa: who wants me to live?

We can understand anorexia nervosa as a suicidal behavior that the family cannot control. This article presents a brief review of the literature and discusses the family oriented inpatient treatment of our first four cases at the Adolescent Unit of the Federal University Hospital of Porto Alegre.

Palavras-chave: *Anorexia nervosa; Terapia familiar de anorexia nervosa; Tratamento hospitalar da anorexia nervosa.*

Key words: *Anorexia nervosa; Family therapy of anorexia nervosa; Inpatient treatment of anorexia nervosa.*

INTRODUÇÃO

Este trabalho da equipe do Serviço de Adolescentes do HCPA é produto da experiência adquirida durante o tratamento hospitalar das primeiras quatro pacientes anoréticas nervosas e seus familiares, durante o segundo semestre de 1990 e os primeiros meses de 1991. O tratamento ambulatorial posterior é apenas mencionado.

Ao mesmo tempo que desafiaram nossas capacidades profissionais, ajudaram-nos a ser criativos e a nos integrar como grupo. Enfermeiras, nutricionistas, recepcionistas, psicólogas, assistentes sociais, médicos clínicos e psiquiatras, tivemos que superar-nos para fazer face a seus desafios. Ficamos-lhes, pois, gratos.

DEFINIÇÃO, INCIDÊNCIA E PROGNÓSTICO

As condutas anoréticas, em especial dietas excessivas e obsessivas, tornaram-se muito frequentes em gran-

des parcelas da população, em especial nas classes sociais mais altas, ao longo da última década (FLAHERTY e col., 1990). Os dados quanto à incidência de anorexia variam na literatura desde 0,24/100.000 habitantes (WARREN, 1985), 0,5 a 3% entre moças de escolas particulares dos EUA, até 7% em estudos epidemiológicos realizados nos EUA (FLAHERTY e col., 1990).

A anorexia nervosa é uma doença psicossomática que acomete principalmente mulheres jovens, em especial adolescentes de 13 a 20 anos. Caracteriza-se por perda de peso auto-induzida, distúrbios psicológicos e anormalidades fisiológicas, bem como por padrões disfuncionais na interação familiar.

A frequência é maior entre as mulheres, sendo observada a proporção de 14 mulheres para cada homem. Em função disso e de nossos casos serem somente mulheres, referimo-nos neste trabalho à paciente sempre no feminino.

As taxas de mortalidade variam de cinco a 15% dos casos (MINUCHIN e col., 1978).

RELATO DOS CASOS

Caso 1 — Ângela, 15 anos, feminina, branca, altura 1,70cm, interrompeu em 1990 o primeiro ano do segundo grau. É filha única de um casal separado há dez anos, sendo a única companheira da mãe. Sempre foi vista pela família extensa como muito teimosa, o que era motivo para seu afastamento da família. Preocupava-se obsessivamente com as dificuldades econômicas da mãe. A família extensa, que tem melhores condições financeiras, a via como materialista. O pai, que se envolvia pouco com ela, é uma pessoa extremamente preocupada com aparência e beleza. Ângela começou a fazer regime em agosto de 1989 para parecer-se com as manequins que via nas revistas. Fazia também ginástica aeróbica e caminhava 7km/dia. Seu peso ideal seria 50kg. Internou-se com 34kg. Em setembro, ficou amenorréica. Sua primeira internação, que durou aproximadamente dois meses, foi em janeiro/90. O tratamento, na ocasião, seguia exclusivamente a orientação comportamental. Quinze dias após a alta, precisou ser reinternada por voltar a perder peso. No início da segunda internação, tinha 39,5kg. Iniciou-se, nesta internação, o trabalho de toda a equipe com a família em nível de luta de vida ou morte. Ânge-

1. Médica; Profa. do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS; Consultora da Unidade de Adolescentes do Hospital de Clínicas (UAHCPA) de Porto Alegre.

2. Médico; Prof. do Depto. de Pediatria da FAMED da UFRGS; Chefe da UAHCPA.

3. Psiquiatra da UAHCPA.

4. Pediatra; Médico contratado da UAHCPA.

5. Psicóloga da UAHCPA.

6. Assistente Social da UAHCPA.

7. Psiquiatra; Ex-Residente da UAHCPA.

la foi a primeira paciente com quem usamos este referencial de trabalho no Serviço. Inicialmente, a equipe clínica assustou-se com esta nova abordagem e rejeitou a idéia. Somente quando a paciente começou a aumentar de peso houve aceitação e posterior integração da equipe. Na alta, apresentava 45kg. Na família, foi difícil trabalhar tanto com a mãe, que tem muitas dificuldades em assumir a função materna e entender afetivamente sua filha, como com o pai, que tem uma identidade sexual duvidosa e que não se mostra disponível como pai. Pai e mãe continuam em guerra após dez anos de separação e Ângela é a mediadora e o meio de comunicação entre eles. Há, também, a ausência de outras pessoas da família extensa com quem eles possam contar para se apoiar.

Ângela e sua família continuaram em tratamento ambulatorial por oito meses. O tratamento incluiu atendimento individual da mãe, sessões individuais de Ângela e sessões conjuntas (mãe e filha) e poucas com o pai. Abandonaram o tratamento em agosto de 1991, próximo à saída do terapeuta da mãe da instituição. Na ocasião, Ângela estava com 48,5kg.

Ângela havia começado a trabalhar, voltado a estudar (apresentando alguma dificuldade para retomar); seguia selecionando alimentos, mas mantinha peso adequado. A mãe demonstrava mais iniciativa e confiança em seu trabalho; aumentou seu círculo de amigos e tinha namorado. O pai continuava distante, aparecendo no tratamento somente quando muito pressionado e às vezes nem assim.

Caso 2 — Ana, 23 anos, feminina, branca, casada, terceiro grau completo, do lar, apresentava anorexia nervosa no último ano e meio, com o peso flutuando entre 38kg e 45kg (altura 1,60cm). É a terceira filha de uma prole de quatro, sendo a mais nova entre as mulheres. Sempre foi considerada a pessoa mais intransigente da família, mantendo uma relação simbiótica e ambivalente com a mãe. Preocupava-se em controlar o relacionamento dos pais, tendo participado ativamente na separação dos mesmos, logo antes da internação. Na primeira internação hospitalar, em outro serviço, o fator desencadeante foi uma gravidez indesejada e o pedido de casamento e noivado. Fez uso de sonda nasogástrica, tendo alta com 42kg. Esta internação, no HCPA, ocorreu após a separação dos pais. Estava com 33kg, quase sem alimentar-se, cuspidos os alimentos e escolhendo obsessivamente os de menor valor calórico, temendo que estivessem envenenados. Seu filho, com um ano de idade, vive com ela, o marido, a mãe e o irmão menor. Nesta internação, a paciente apresentava comportamento fóbico evitativo e episódios de pânico. Recebeu alta com 38,6kg e continuou em tratamento ambulatorial.

Após breve período de terapia familiar, no ambulatorio, continuou o tratamento individual, com a participação eventual de familiares por um ano. Cuidando do filho, concluiu curso superior e começou a trabalhar. Separou-se do marido, indo morar com a mãe e depois voltou a morar com ele. O peso por ocasião da interrupção do tratamento era de 48,5kg (dezembro de 1991). Seguiu com fobia restrita à situação de lavar os cabelos.

Caso 3 — Andréia, 17 anos, feminina, branca, terceiro ano do segundo grau, solteira, estudante, altura 1,56cm, peso na baixa, 38,5kg. Paciente em acompanhamento no Serviço de Psiquiatria do HCPA com diagnóstico de anorexia nervosa desde novembro de 1989, intensificando-se o quadro em junho de 1990. A paciente inicialmente tinha peso levemente acima do esperado. Apresentou episódios de bulimia e após iniciou rigorosa dieta, aumentando progressivamente sua atividade física, que constava de longas caminhadas e quatro horas de aeróbica por dia. Seu sintoma predominante era o medo intenso de ganhar peso. É a segunda filha de uma prole de três. Demonstra ter ciúmes da irmã mais velha, tentando imitá-la. Os pais moram juntos, mas a mãe tem queixas quanto ao grande distanciamento do pai. São excessivamente ligados à família de origem da mãe. A paciente recebeu alta após mais ou menos três semanas, com 42kg.

Atualmente, segue em psicoterapia individual ambulatorial. O peso mantém-se em torno de 42-44kg. Terminou o segundo grau, atualmente fazendo curso superior.

Caso 4 — Adriana, 15 anos, feminina, branca, segundo ano do segundo grau, solteira, não trabalha e mora com os pais e a irmã de 16 anos (Amélia), altura 1,60cm, peso na baixa, 35,7kg. Paciente em acompanhamento no Serviço de Adolescentes do HCPA, iniciou dieta rigorosa no verão de 1990, perdendo o controle. Havia uma simbiose de Adriana com a irmã, a qual também era anorética, apresentando, porém, conduta anorética menos severa. Funcionavam como se a irmã tivesse a ideiação e a paciente, o comportamento anorético franco. Esta é uma família de imigrantes, sem vínculos maiores com outras pessoas além do núcleo familiar. O quadro da paciente instalou-se mais ou menos concomitantemente com a separação dos pais dentro de casa. O pai mostra-se fraco e a mãe forte, sempre em aliança com as filhas.

Adriana esteve internada dois meses e recebeu alta com 51,0kg. Continua em tratamento ambulatorial de psicoterapia individual e mantém o peso e o rendimento escolar, bem como bons vínculos sociais (amigas).

Ao final de sua internação (outubro de 1991), a irmã também precisou ser internada. A evolução desta foi boa em termos de ganho de peso, mas a continuidade

de seu tratamento e da família foi inviabilizada por sua dificuldade em seguir combinações.

No momento em que este trabalho está sendo escrito (abril de 1992), Amélia acaba de ser reinternada por grande perda de peso.

PATOLOGIA

Segundo Bruch (BRUCH, 1973), a anorexia nervosa foi descrita pela primeira vez na literatura em 1689 por Morton, que denominou o quadro de "consumismo nervoso". Gull, em 1874, criou a denominação atualmente utilizada de "anorexia nervosa". Lesègue, paralelamente, na França, chamou-a "anorexia histérica" e, após, "anorexia mental".

Desde o início, há uma atmosfera de controvérsia e admiração com o quadro clínico tão dramático e de tão difícil abordagem.

Bruch (BRUCH, 1973) refere que são indivíduos que utilizam a função da alimentação nos seus esforços para resolver ou camuflar problemas da vida que, de outra forma, parecem-lhes insolúveis.

Não há causas conhecidas para este distúrbio. Assim como já foram levantadas hipóteses psicodinâmicas (medo de impregnação oral), existem hipóteses orgânicas (disfunção hipotalâmica, defeito no controle do *feed-back* negativo dos receptores dopaminérgicos centrais). Outros pensam que seja uma apresentação atípica de um transtorno afetivo ou de um transtorno obsessivo-compulsivo (BRUCH, 1970; FLAHERTY e col., 1990). Mais recentemente, Minuchin (MINUCHIN e col., 1978) e Selvino-Palazzoli (SELVINO-PALAZZOLI, 1978) definiram padrões de interação familiar patológicos que mantêm o comportamento anorético e que, provavelmente, estão ligados à sua origem.

DIAGNÓSTICO

Os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa, segundo o DSM-III-R (DSM-III-R, 1987), são os seguintes:

A) Recusa em manter o peso acima do mínimo normal adequado à idade e à altura. Pode ocorrer por perda de peso corporal para 15% abaixo do esperado ou malogro em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento levando a um peso 15% abaixo do esperado.

B) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gorda, mesmo com o peso inferior ao esperado.

C) Perturbação no modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma do corpo. Por exemplo, a pessoa reclama que se sente gorda mesmo quando emagrecida, acredita que uma área do corpo está muito gorda mesmo quando obviamente tem peso inferior.

D) Nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer

o contrário (amenorréia primária ou secundária). Consideramos que a mulher tem amenorréia se sua menstruação ocorre somente após a administração de hormônios, por exemplo, estrógeno.

Comparando-se com a classificação anterior (DSM-III), os critérios atuais mudaram quanto à perda de peso corporal de 25% para 15% abaixo do esperado e a amenorréia é incluída como critério diagnóstico necessário.

Bruch (BRUCH, 1970) caracteriza a anorexia primária por: a) uma busca implacável da magreza com distúrbio da imagem corporal de proporções alarmantes; b) uma deficiência na percepção acurada das sensações corporais, manifesta através da perda de consciência de fome e de negação da fadiga; c) sensação difusa de inefetividade.

Estão, também, freqüentemente presentes sintomas da linha depressiva e pensamentos e condutas obsessivo-compulsivas (ROTHENBERG, 1990).

São adolescentes que provêm de famílias de classe média alta, bastante preocupadas com o desempenho e a perfeição.

Rothenberg (ROTHENBERG, 1990) ressalta que a luta pelo controle, presente nas anoréticas, é um fator central também nas condições obsessivo-compulsivas. As idéias e os rituais obsessivos funcionariam como uma tentativa de ganhar controle sobre impulsos, afetos, desejos e fantasias através do pensamento ou da ação, respectivamente.

O diagnóstico diferencial deve englobar: transtornos depressivos, esquizofrenia e bulimia nervosa. Episódios de bulimia intercalados com anorexia são freqüentes nos casos crônicos.

A anorexia nervosa pode também estar associada com certos transtornos psiquiátricos, como: transtornos afetivos, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias, destacando-se, em especial, o uso de laxantes e diuréticos.

Estas pacientes podem apresentar diversos problemas clínicos, tais como: constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, vômitos, além de alterações no exame físico, como hipotensão, hipotermia, bradicardia, pele seca, lanugem e pele amarelada.

É necessário realizar-se uma avaliação clínica para excluir tuberculose, sarcoidose, fibrose cística, gravidez, tumores cerebrais e doença de Crohn, a fim de que possa ser feito o diagnóstico de anorexia nervosa.

DINÂMICA DA PACIENTE E DE SUA FAMÍLIA

"A criança anorética cresce numa família que vive extremamente aglutinada. Nessas famílias, lealdade e proteção têm prioridade sobre autonomia e realização pes-

soal". Minuchin (MINUCHIN e col., 1978) também diz que a criança que aprendeu a se relacionar dentro de padrões altamente aglutinados pode se tornar anorética se outras características estiverem presentes em alto grau na família: incapacidade para resolver conflitos, superproteção, rigidez de padrões interacionais e envolvimento da filha nos conflitos do casal.

As pacientes são descritas por seus familiares como meninas estudiosas e ajuizadas que nunca trouxeram problemas. São estudantes-modelo, mas quando chegam à adolescência apresentam um bloqueio no desenvolvimento. Elas têm muita dificuldade em expressarem-se de forma verbal e abstrata. Também negam conflitos. Suas próprias vidas estão transformadas em conflito, no maior de todos, o conflito entre a vida e a morte. Seus comportamentos de auto-restrição alimentar e preocupação obsessiva com a alimentação, a distorção da imagem corporal, a insistência em exercitarem-se, mesmo quando caquéticas, configuram um quadro suicida de proporções psicóticas.

Andréia, de 17 anos, aluna do segundo ano colegial de uma escola bastante conceituada de classe média alta, somente verbalizava que não queria comer. Quando perguntada se queria morrer, dizia que não. Esse paradoxo levou-nos a expressar o entendimento do seu pensar psicótico da seguinte maneira: viver é dizer não para a comida / viver é dizer não / viver é dizer não à vida / viver é matar-se.

Essas moças usam o alimento como forma predominante de comunicação. Por exemplo, uma acadêmica de medicina, que faz parte da equipe, levou a Adriana doces num final de semana. Por três dias ela não os comeu. No terceiro dia, Adriana recusava-se de forma grosseira a falar com a estudante e esta, irritada, disse-lhe que tinha mais o que fazer e que iria embora. Adriana, com medo de desagradá-la e perdê-la, rapidamente comeu todos os doces.

Para essas moças é como se não existisse outra forma possível para mostrar autonomia. Elas se definem dentro de suas famílias e aí ganham espaço vital através de sua recusa em comer.

Entre Adriana e sua irmã Amélia é como se houvesse uma competição para ver quem é a mais capaz de fazer seus desejos valerem. E Adriana ganha (num primeiro momento), ficando caquética e confirmando a sensação de Amélia de que ela própria é só "um esboço que Deus fez antes de sua irmã", já que, além de muito mais magra, a irmã, ao contrário dela, é loira, alta e de olhos azuis, o que constitui o ideal de beleza de Amélia.

As famílias são aglutinadas e existe uma grande distância emocional entre seus membros. Não possuem canais efetivos para comunicação e resolução de conflitos.

Os padrões de relacionamento são extremamente rígidos (FALCETO, 1980).

Os pais são periféricos e inefetivos. As mães, mesmo quando fortes, também são inefetivas. A mãe de Andréia disse a certa altura que "ficaria de quatro se necessário para fazê-la comer". Estas mães, ao mesmo tempo que são tão capazes de dar tudo, negam tudo ao negar-se na função de mãe, deixando-se manobrar. Em todos os casos, o *turning point* ocorreu quando as mães conseguiram se impor sem ambivalências. Em dois desses casos, deu-se batendo na filha pela primeira vez (e única) sem culpa e arrependimento. Concomitantemente, os pais já estavam mais presentes e comprometidos com o tratamento. Num dos casos, o de Ana, o marido e um dos irmãos também participaram dos cuidados intensivos na hospitalização. Nas sessões de família também participaram o filho (bebê) e todos os irmãos.

As pacientes envolvem-se diretamente nos conflitos dos pais, ao ponto de Ana ser tida como aquela que separou os pais, por ter expulsado o pai de casa. A relação dessas famílias com a sua família de origem é de excessiva proximidade ou de total desligamento.

As pacientes funcionam ora como bebês que têm crises de birra, e precisam ser alimentados, ora tomando decisões como adultas, decisões estas cruciais na vida de seus pais. Sempre apresentam um extraordinário poder sobre a família.

Chama a atenção que os membros da família são pessoas emocionalmente empobrecidas. Quanto disto é secundário ao aparecimento da síndrome não se sabe. Os próprios pais comportam-se como se não tivessem muito por que viver e, seja por desistência ou por omissão, não transmitem às filhas a mensagem de que devem viver.

É só quando todos estão mais vivos, lutando pela vida da paciente, que esta parece livrar-se de suas dúvidas obsessivas e decidir que vale a pena comer, porque vale a pena viver.

TRATAMENTO

Ao longo dos últimos anos, a terapêutica da anorexia nervosa tem sido muito discutida: trabalha-se só com a paciente? Inclui-se a família no tratamento? A internação é em hospital psiquiátrico ou clínico? Usa-se medicação? Quando optar pela internação?

Há um consenso de que qualquer abordagem psicoterapêutica propriamente dita só é possível após o restabelecimento nutricional e fisiológico da paciente (BRUCH, 1970; DSMMD, 1987). Nos casos relatados, o tratamento ambulatorial não obteve sucesso e foi necessária a internação. Optamos pela internação em clínica médica específica para adolescentes devido aos riscos orgânicos da

má nutrição: hipofosfatemia, hipopotassemia, déficits vitamínicos, déficit de zinco, transtornos metabólicos e déficit de estrógenos que podem levar a miocardiopatias, taquiarritmias, amenorréia secundária, desmineralização óssea, além de choque e alcalose e acidose metabólicas com risco de vida.

Kernberg (KERNBERG, 1984) pensa que a psicoterapia expressiva, que permite a exploração psicanalítica de conflitos subjacentes, é indicada para a anorexia nervosa somente após a aquisição e manutenção de um peso adequado e se houver uma estrutura externa suficiente para prevenir ou controlar a conduta autodestrutiva e, às vezes, fatal da paciente.

Bruch (BRUCH, 1970) refere que as pacientes não respondem às técnicas de psicoterapia psicanalítica tradicionais. Ela também sugere que as interpretações sejam evitadas e que a ênfase do tratamento seja em evocar a conscientização dos sentimentos, pensamentos e impulsos que se originam nas pacientes.

No Brasil, Schestatsky (SCHESTATSKY e col., 1988) e Martins Campos (MARTINS CAMPOS, 1989), a exemplo de outros autores, propõem a "parentectomia radical", excluindo os pais da internação; Santos (SANTOS e col.) organizou uma forma de tratamento em que os pais são atendidos em grupos.

Minuchin (MINUCHIN e col., 1978) propõe a modificação dos sintomas através da mudança dos padrões familiares que os mantêm. Divide o tratamento em: 1) síndrome do risco de vida, em que o objetivo da abordagem é comer e aumentar de peso; 2) síndrome anorética, em que o objetivo é modificar o padrão das interações familiares que mantêm o sintoma. Quando estes são abordados, a paciente anorética pode ser liberada para experimentar a si própria como somente uma parte do sistema disfuncional.

Selvini-Palazzoli (SELVINI-PALAZZOLI, 1978), que tratou anoréticas psicanaliticamente durante anos, idealizou uma forma de intervenção com toda a família com a qual vem obtendo um sucesso maior nos últimos 15 anos.

A equipe do Serviço de Internação de Adolescentes do HCPA, utilizando-se dos conhecimentos acima expostos, delineou uma intervenção hospitalar que inclui a família da paciente e consta de três fases:

Fase 1 — Após a internação, a paciente e sua família são informadas pela equipe médica sobre os riscos e a necessidade da paciente comer. Solicita-se que um familiar esteja sempre acompanhando a paciente. A equipe de saúde mental começa a avaliar e a formar um vínculo com os membros da família, observando seus padrões de funcionamento em relação à paciente. A responsabilidade de comer é dada à paciente, com um prazo

para que comece a aumentar de peso. Combina-se um protocolo comportamental: restrição ao quarto, enquanto não ganhar peso, possibilidade de ir à recreação quando aumentar de peso, etc. A nutricionista e a paciente definem o cardápio em conjunto. O aumento do número de calorias é gradativo.

A paciente é pesada diariamente pela manhã, antes das refeições, com avental hospitalar, após esvaziamento vesical. É realizado um controle de alimentação, pela família e enfermagem, vigiando-se a paciente para evitar a possibilidade de desvio de alimentos (através de vômitos provocados, colocando alimentos no lixo, dando a outros pacientes ou ainda de ingestão excessiva de líquidos para aumentar o peso).

Na internação, além do atendimento médico e psiquiátrico, há o atendimento de enfermagem, bem como a participação da paciente e dos pais nos grupos operativos de pacientes internados, coordenados pela assistente social e por uma estagiária de psicologia.

Fase 2 — Passado o prazo inicial, no caso da paciente não ter começado a ganhar peso conforme o previamente combinado, como ocorreu em todos os casos descritos, faz-se uma primeira sessão de toda a equipe, com a paciente e a família. O clínico enfatiza neste ponto o risco de vida e o psiquiatra, a ideação ou comportamento suicida da paciente e o comportamento potencialmente homicida dos pais por omissão ou desistência. Define-se o problema como sendo de todos os membros da família e que é da família a responsabilidade pela alimentação da paciente. Esta é a fase crítica em que os vínculos de amor e ódio ficam evidentes. São freqüentes gritos, ameaças e até o uso da força nas sessões-almoço. O ódio da relação é exposto como que colocando a agressividade na sua via adequada e não numa via simbólica deslocada. Os pais assumem controle da situação com a ajuda da equipe de saúde mental e médica.

Fase 3 — A luta pelo poder fica evidente e é ganha pelos pais junto com a equipe. Assim, a paciente se alivia e pode voltar a comer sozinha. O aumento do peso começa a ocorrer lenta e gradativamente, levando à alta hospitalar, assim que é atingido o peso mínimo aceitável e existem evidências de uma tendência a seguir o aumento de peso graças às modificações ocorridas nos padrões de interação familiares.

A medicação psicotrópica pode ser um coadjuvante terapêutico. Na literatura, citam-se predominantemente os antidepressivos e tranqüilizantes maiores.

Até o momento, receitamos antidepressivos só para uma das pacientes (Ângela); mesmo assim, ela o usou durante poucos dias e interrompeu o tratamento sem autorização médica. Ana recusou-se a tomar clorimipramina para os episódios de pânico.

DINÂMICA DA EQUIPE

Na equipe de saúde, repetem-se as mesmas tensões e divergências que existem na família. É imprescindível entender as divergências e dissociações da equipe e chegar-se a uma orientação única e consistente para que se possam trabalhar as dissociações da família.

Durante o trabalho terapêutico, as ansiedades até então contidas na estrutura familiar são deslocadas alternadamente aos diversos profissionais que atuam junto com a paciente. Sendo assim, é importante que o papel de cada membro da equipe esteja bem delimitado e que se sinta constantemente apoiado pelo resto da equipe.

O manejo direto da paciente desperta na equipe impotência e raiva pela atitude indiferente e as freqüentes agressões verbais. Esses sentimentos podem ajudar a equipe a entender algumas reações dos pais.

Quando o grupo encontra-se integrado, em condições de auxiliar os pais para que estes possam lidar com suas divergências e, assim, excluir a paciente do conflito parental, é que a paciente começa a ganhar peso de forma estável.

Na nossa experiência, é só quando os adultos (pais e equipe) provam, através do seu comportamento, que querem e que farão qualquer coisa para que elas vivam, que as pacientes voltam a se interessar pela vida.

Quanto ao tratamento ambulatorial posterior, os princípios que utilizamos são os mesmos da internação hospitalar. O trabalho terapêutico segue sempre em equipe multidisciplinar, focalizando sobretudo os aspectos disfuncionais de cada família e a individuação da paciente.

CONCLUSÃO

Tratar anorexia nervosa é uma tarefa árdua e desafiadora que assusta e fascina, simultaneamente, os que se aventuram nesta tarefa.

A concomitância da fragilidade física da anorética, em estado de caquexia, com a inacreditável força que demonstra ao se contrapor à vontade dos pais e de toda a equipe médica, é algo que sempre nos deixa perplexos e, ao mesmo tempo, motivados a encontrar meios para promover a mudança, que significará um retorno à vida.

Para nós, a anorexia nervosa é uma manifestação extrema de uma pessoa dentro de um sistema familiar patologicamente emaranhado. Encontrar a saúde implica em envolver a todos no processo de transformação. Por isso, optamos em trabalhar com todos desde o início da hospitalização, quando instamos a paciente a comer

por conta própria ou, quando esse processo fracassa, assessoramos a família a assumir o controle da alimentação de sua filha.

Optamos pela internação clínica porque existem riscos orgânicos e, também, porque se torna mais intensa e dramática a evidência do risco de morte tão negado pela paciente e sua família, facilitando mudanças nos padrões interacionais que serão mantidos após a alta, diminuindo o risco de recaída. Além disso, a internação clínica com o envolvimento da família é relativamente curta, o que é uma condição importante para adolescentes em fase de crescimento, para as quais o tempo corre muito rápido.

Estamos começando um caminho. Pretendemos continuar pesquisando, estudando e aprendendo com nossas pacientes anoréticas e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUCH, H. (1970). "Psychotherapy in primary anorexia nervosa". *Journal of Nervous and Mental Disease* 150: 57-65.
- BRUCH, H. (1973). *Eating Disorders*, Basic Books, New York.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, 1987. Third edition revised, American Psychiatric Association, Washington.
- FALCETO, O. (1980). "A influência da família nos distúrbios psicossomáticos da infância e adolescência". *Revista de Psiquiatria do RS* 2: 239-244.
- FLAHERTY, J.A.; CHANNON, R.A. e DAVIS, J.M. (1990). *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*, Artes Médicas, Porto Alegre.
- KERNBERG, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, Yale Univ. Press, New Haven/London.
- MARTINS CAMPOS, T.V. (1989). *Anorexia Nervosa. Endocrinologia Pediátrica*, Saraiva, São Paulo.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. e BAKER, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Harvard University Press, USA.
- ROTHENBERG, A. (1990). "Adolescence and eating disorders. The obsessive compulsive syndrome". Em: A. Rothenberg: "Adolescence: psychopathology, normality and creativity". *The Psychiatric Clinics of North America (Sept)*: 469-488.
- SANTIS, M.F.B.; MAINES, P.F.L. e SCHESTATSKI, S.S. (1988). "Tratamento hospitalar de 6 casos de anorexia nervosa". *Revista de Psiquiatria do RS* 10: 9-13.
- SANTOS, P.C.M., PESSA, R.P. e SANTOS, J.E. *Como Diagnosticar e Tratar Anorexia Nervosa*, Ribeirão Preto, texto mimeografado.
- SELVINE-PALAZZOLI, M. (1978). *Self-starvation*, Jason Aronson, New York.
- WARREN, M.P. (1985). "Anorexia nervosa and related eating disorders". *Clin Obstet Gynecol* 28: 588-597.

Olga Garcia Falceto
Rua João Abbott, 451/402
90430 — Porto Alegre — RS, Brasil